



**WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 18 MONTHS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 18 МЕСЯЦЕВ**

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____			
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____			
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ					
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ест сам.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок машет ручкой на прощание.	
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может сказать 6-12 слов.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может следовать простым указаниям.	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE			
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			Diet _____			
			Elimination _____			
			Sleep _____			
Screening:			N	A		
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Physical:	N	A	N	A		
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Describe abnormal findings.  _____ _____ _____						
IMMUNIZATIONS GIVEN						
REFERRALS						
NEXT VISIT: 2 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME			
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS			

DSHS 13-684 RU (REV. 08/2001)

SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician    Yellow - Parent/Guardian

**EARLY CHILDHOOD: 18 MONTHS**

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (18 months)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

### **Tuberculosis Screen**

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes      No

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Walks backward.</u>                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says 3 words besides "Dada" and "Mama".</u>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Points to 1-2 body parts ("show me your nose, eyes," etc.). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drinks from a cup.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates household chores such as sweeping.</u>          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Uses 20 words.</u>                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Understands the meaning of "Get up " or "Sit down."         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stacks 2 blocks.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scribbles.  |
- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avoids eye contact.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking. |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, or if you have checked one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 18 МЕСЯЦЕВ  
WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 18 MONTHS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 18 МЕСЯЦЕВ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА			ДАТА РОЖДЕНИЯ	
	АЛЛЕРГИИ			ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Mой ребенок ест сам.
					Mой ребенок машет ручкой на прощание.
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Mой ребенок может сказать 6-12 слов.
					Mой ребенок может следовать простым указаниям.
	ВЕС, КГ/УНЦИИ (ПРОЦЕНТИЛЫ)		РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	Питание _____
	<input type="checkbox"/> Проверка систем организма		<input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза		Выделения _____
					Сон _____
Обследования:		Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Гематокрит/гемоглобин <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу <input type="checkbox"/> Воздействие свинца	
Слух		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Фтористые добавки <input type="checkbox"/> Фтор-лак	
Зрение		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Проверка карты прививок	
Развитие		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Санитарное просвещение/заблаговременные указания: (отметьте пройденные темы)	
Поведение		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Питание/ <input type="checkbox"/> кормление <input type="checkbox"/> Пользование туалетом <input type="checkbox"/> Безопасность	
Социальное/ эмоциональное развитие		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Автомобильные и детские сиденья <input type="checkbox"/> Другое	
Грубая моторика		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Дисциплина/ <input type="checkbox"/> Режим ограничения	
Тонкая моторика		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Уход за детьми	
Нарушения:		Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>		Оценка: _____ _____	
Общий внешний вид		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Грудная клетка <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Кожа		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Легкие <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Голова		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Глаза		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Живот <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Уши		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Половые органы <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Нос		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Позвоночник <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Ротовая полость/зубы		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Конечности <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Шея		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Лимфатические узлы		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Походка <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Психическое здоровье		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Опишите выявленные нарушения: _____ _____ _____					
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ					
НАПРАВЛЕНИЯ					
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			

## **Здоровье вашего малыша в возрасте 18 месяцев**

### **Важнейшие моменты**

**Как развивается ваш малыш в возрасте от 18 до 24 месяцев.**

Говорит фразами, по крайней мере, из двух слов.

Складывает 5-6 кубиков.

Бьет и бросает мяч.

Пользуется чашкой, ложкой и вилкой.

Следует указаниям выполнить два последовательных действия.

Пытается провести прямую линию и нарисовать круг карандашом.

**Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.**

### **Помощь или подробная информация**

**Здоровье и развитие детей, прививки:** Справ информационная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

**Вопросы о детских автомобильных сиденьях:** Объединение по обеспечению безопасности посредством использования удерживающих устройств (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP.

**Воспитание детей и поддержка:** Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

### **Советы по сохранению здоровья**

По мере того, как ваш ребенок подрастает, медицинские профилактические осмотры будут проводиться реже. Поговорите с врачом или медсестрой о наиболее подходящем графике таких осмотров. Если вас будет что-то беспокоить между осмотрами, обязательно звоните врачу или медсестре и задавайте вопросы.

Следите за тем, чтобы ребенку были сделаны все необходимые в его возрасте прививки. Если он пропустил какие-либо прививки, запишитесь на прием, чтобы сделать их как можно скорее. Ему нужны все эти прививки, чтобы он был надежно защищен от серьезных заболеваний.

Аппетит вашего ребенка может быть не таким хорошим, как раньше. Предлагайте ему разнообразную здоровую пищу. Позвольте ему решать, сколько чего есть. Не заставляйте его доедать, если он этого не хочет.

Каждый день ребенку необходимо выпивать две кружки молока или йогурта или же съедать три ломтика сыра. Не давайте ребенку продукты с низким содержанием жира, пока ему не исполнится 2 года.

### **Советы по воспитанию детей**

Каждый ребенок развивается по-своему, и вы – тот человек, кто знает ребенка лучше всех. Если вам кажется, что есть какие-либо проблемы, касающиеся развития ребенка, то можно пройти бесплатное обследование. Позвоните в программу «Здоровые мамы – здоровые дети» (смотрите телефон слева), чтобы связаться с местным координатором по семейным ресурсам (Family Resources Coordinator).

### **Советы, касающиеся безопасности**

Падения зачастую могут быть причиной травм у детей. Водите ребенка на такие игровые площадки, где безопасно. Найдите такую, где под игрушками есть специальные мягкие подкладки, песок или опилки. Поиските небольшие игрушки, которые бы подходили ребенку. Будьте рядом с ребенком, когда он играет.

Ребенок может попытаться выбраться из своего детского автомобильного сиденья. Не позволяйте ему этого делать, потому что потом он будет пытаться делать это постоянно.

- Если он пытается выбраться, будьте настойчивы, остановите машину и скажите, что вы дальше не поедете, пока он не будет пристегнут должным образом.
- Берите с собой мягкие игрушки, книжки с картинками или музыкальные диски, чтобы развлечь его, пока вы едете в машине.
- Также сами пристегивайте ремни безопасности.